Dr Jean BUY

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES



TOULOUSE
IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE
—
1904

TITRES

Aide d'anatomie (concours décembre 1895).
Prosecteur (concours novembre-décembre 1896).
Interne des hôpitaux (concours octobre 1897).
Chef de clinique médicale (concours mars 1901).
Lauréat de la Faculté (prix de Thèse, médaille d'argent, 1901).
Chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques (1er janv. 1904).
Ancien vice-président de la Société anatomo-clinique de Toulouse.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'ostéologie
année 1897.

Démonstrations pratiques d'anatomie
années 1897, 1898, 1899, 1904.

Conférences d'internat (partie anatomique)
années 1901, 1902, 1003, 1904.

Conférences de clinique médicale
années 1901, 1902, 1903.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PARTIE CLINIQUE

(Présentations des malades)

UN CAS DE PIED TABÉTIQUE.

(En collaboration avec le Dr SOREL). — *Bulletin médical*, 1898, p. 900.

Observation détaillée et description d'épreuves radiographiques.

UN CAS DE GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES ORTEILS

(En collaboration avec le Dr SOREL) *Toulouse Médical*, 1899, p. 35.

Les orteils du malade ont disparu et les régions antérieures du métatarse sont réduites à des moignons en voie de cicatrisation. L'évolution de l'affection nous fait rattacher cette gangrène à une névrite périphérique.

UN CAS DE MONOPLÉGIE PARKINSONIENNE

Toulouse-Médical, 1901, p. 299.

Observation d'un malade atteint de syndrome parkinsonien fruste et chez lequel le tremblement est localisé à un membre (jambe et pied droit.)

UN CAS DE MALADIE DE PARKINSON

Toulouse-Médical, 1902, p. 109.

Observation d'un malade qui réalise presque au complet le tableau de la maladie de Parkinson.

UN CAS DE CHORÉE RYTHMÉE HYSTÉRIQUE

Toulouse-Médical, 1902, p. 73.

Etude d'un cas de chorée rythmée hystérique se présentant sous la forme rotatoire et ayant évolué chez un homme à la suite d'une émotion subite.

SUR UN CAS D'ARTHRITE PURULENTE BLENNORRHAGIQUE

Toulouse-Médical, 1902, p. 258.

Il n'est pas fréquent de voir la gonococcie articulaire se manifester par une suppuration. Aussi avons-nous fait une révision rapide des divers cas de pyarthrose blennorrhagique. Ici le pus ne faisait aucun doute; il a été vérifié par la ponction exploratrice et a nécessité le lavage de l'articulation.

Le fait était d'autant plus intéressant qu'aucun phénomène clinique ne pouvait faire penser à l'infection blennorrhagique ; l'examen bactériologique a permis de résoudre le problème et d'affirmer l'existence du gonocoque.

Enfin, cette arthrite suppurée s'est compliquée d'une périostite du fémur, manifestation gonococcique assez rarement signalée.

SUR UN CAS DE PARAPHASIE COMPLEXE

Toulouse-Médical, 1902.

Il s'agit d'un homme de 66 ans, qui subitement a été atteint de paraphasie avec surdité et cécité verbales.

L'ensemble symptomatique était si complexe qu'il nous a paru digne d'une étude un peu étendue.

L'argumentation est basée sur les faits suivants :

1° Une analyse du langage de notre malade nous démontre que tous les troubles observés se rencontrent dans la paraphasie.

2° Il existe néanmoins dans la paraphasie des cas d'une complexité telle que ces malades peuvent être tout d'abord pris pour des déments

3° Il est pourtant possible de séparer ces deux groupes et de faire un choix judicieux entre les deux grands syndromes : paraphasie et démence. La distinction doit s'appuyer à la fois sur une étude minutieuse du langage et sur une enquête détaillée de la vie morale et intellectuelle du sujet.

Dans le cas particulier, le début brusque et le défaut de tout acte illogique doivent faire incliner vers le diagnostic : paraphasie, malgré l'absence de troubles moteurs.

SUR UN CAS DE CHONDROME DES DOIGTS

Toulouse-Médical, 1903, p. 112

Cas classique de chondrome bénin des doigts ; il datait de 40 ans et était resté depuis 30 ans stationnaire.

SARCOME SECONDAIRE DU FOIE

Toulouse-Médical, 1903, p. 138.

Ce sarcome hépatique est apparu quatre ans après l'extirpation d'un myxo sarcome de la cuisse droite. Quel

est le chemin suivi par la greffe sarcomateuse? Il ne semble pas que le poumon ait servi d'intermédiaire, comme on l'observe souvent, le système artériel apportant ensuite au foie un fragment nouveau du foyer pulmonaire. Il n'existe, en effet, aucun signe physique ou fonctionnel permettant d'établir que le poumon soit atteint. Il est vrai que souvent le sarcome élit domicile d'une façon tout à fait silencieuse. Nous ne sommes pas éloigné de l'idée que le nodule sarcomateux a pu arriver dans le système porte par une anastomose porto-cave dont l'existence est maintenant indiscutable.

PSYCHOSE ET POLYNÉVRITE ARSENICALES

(En collaboration avec le Dr Rispal), *Toulouse-Médical*, 1903, p. 261.

Cet empoisonnement par l'acide arsénieux est remarquable:

1° Par la quantité de poison ingéré qui s'élève à 2 grammes environ, alors que la dose toxique est de 0,20 centigrammes;

2° Par l'évolution symptomatique au cours de laquelle se sont produits : de l'hématurie, des troubles de l'équilibre, des troubles psychiques et qui s'est enfin compliquée de polynévrite actuellement en voie d'amélioration.

SUR UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE

Toulouse-Médical, 1903, page 161.

Etude clinique d'un malade atteint de cette affection.

UN CAS DE MALADIE DE RECKLINGHAUSEN

(En collaboration avec le Dr Rispal, *Toulouse-Médical*, 1903, p. 292.

Observation clinique d'un cas type de fibromatose généralisée.

GUÉRISON SPONTANÉE D'UNE FISTULE HÉPATO-BRONCHIQUE CONSÉCUTIVE A UN ABCÈS DU FOIE.

(En collaboration avec le Dr Bauby). — *Toulouse médical*, 1904, p. 61.

De cette observation il résulte que la guérison spontanée des fistules hépato-bronchiques consécutives aux abcès du foie est possible. Certes, nous ne voulons pas dire qu'il faudra toujours temporiser en présence de cette complication grave de la suppuration hépatique ; mais cependant cette éventualité heureuse n'est pas à méconnaître ni à négliger, surtout lorsque l'abcès est d'un abord chirurgical difficile.

Nous avons constaté en outre, dans ce cas, que la superposition de l'abcès et du point de côté n'est pas toujours vraie. Cet abcès, que la radiographie nous a montré (un peu tardivement) avoir pour siège le bord antéro-interne du foie, a donné lieu à une douleur exactement localisée à la douzième côte.

PARTIE ANATOMO-CLINIQUE

(Présentations de pièces)

DEUX CAS DE CHONDROMES DES OS

Toulouse-Médical, 1900, p. 117.

L'un d'eux est un chondrome classique de la partie moyenne du deuxième métacarpien ; l'autre, est un chondrome de l'omoplate ; il est intéressant par son siège assez rare et aussi par une dégénération kystique centrale.

SUR UN CAS DE TUMEUR DU REIN

(En collaboration avec le Dr Rispal) *Toulouse-Médical*, 1900

Il s'agit d'un énorme cancer intéressant :

1° Par la difficulté du diagnostic clinique (évolution sous-thoracique), incertitude du ballottement rénal, absence de sonorité antérieure, absence d'hématurie, absence de varicocèle symptomatique bien que le hile du rein soit absolument couvert de ganglions).

2° Par l'existence probable d'une myélite qui est venue compliquer le syndrome clinique.

3° Par sa structure ; au point de vue histologique, cette tumeur pourrait être définie : adéno-épithéliome du type alvéolaire à cellules claires

L'aspect clair des cellules et la présence du glycogène semblerait devoir faire penser à l'origine surrénale (théorie de Grawitz); nous sommes d'avis cependant qu'il s'agit d'un néoplasme développé aux dépens des épithéliums rénaux.

UN CAS DE CANCER DU CÔLON TRANSVERSE AVEC ANASTOMOSE SPONTANÉE ILÉO CÔLIQUE

(En collaboration avec le Dr Sorel, *Toulouse-Médical*, 1901, page 22.

C'est un gros cancer ayant évolué chez un syphilitique sans présenter dans sa marche une rapidité particulière et sans avoir été aggravé par un traitement mercuriel intensif et ininterrompu.

Au point anatomique, ce cancer se caractérise encore par un processus ulcératif qui a eu pour effet de créer une anastomose entre le côlon transverse et une anse grêle voisine fixée par des adhérences pathologiques.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE AVEC PERFORATION TRACHÉO-ŒSOPHAGIENNE

Toulouse-Médical, 1901, page 217.

L'intérêt de cette pièce réside dans une perforation trachéo-œsophagienne, placée à peu près au niveau de la bifurcation de la trachée et qui explique les troubles pulmonaires qui, en quelques jours, ont emporté le malade (pneumonie de déglutition).

UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA DEVELOPPÉ SUR UN ANCIEN FOYER D'OSTÉOMYÉLITE.

Toulouse médical, 1901, p. 281.

C'est un exemple, et les cas ne sont pas très fréquents, de la dégénérescence néoplasique que peuvent présenter les fistules intarissables des anciens foyers d'ostéomyélite. Cette pièce résulte d'une amputation du genou, l'ulcère cancroïdal siégeant à la partie supéro-externe de la jambe.

Les suites opératoires ont été parfaites, ainsi qu'on l'observe dans la généralité des cas.

SUR UN CAS DE CANCER DU CÔLON TRANSVERSE

Toulouse Médical, 1902, p. 171.

Cette observation méritait d'être signalée en raison de l'évolution insidieuse de l'affection. Elle nous a conduit à faire une courte étude clinique des diverses causes d'erreur qui peuvent, dans certains cas, égarer le médecin ou l'opérateur.

Un fait qui a quelque importance doit encore être retenu : c'est que dans la famille le père et deux enfants sont morts d'un néoplasme de l'intestin.

TUBERCULOME CŒCAL

(En collaboration avec le Dr RISPAL) — *Toulouse médical*, 1904, p. 64.

C'est une observation typique de tuberculome cœcal et par son processus anatomique à tendance fibreuse et hypertrophique et par son évolution; il s'agit, en effet, d'une manifestation primitive de la tuberculose. Nous n'avons trouvé chez cette jeune femme qu'un petit tubercule crétacé au sommet des poumons.

MALFORMATION CARDIAQUE : PERFORATION INTERVENTRICULAIRE ET EXISTENCE D'UN TRONC ARTÉRIEL UNIQUE TENANT LIEU D'ARTÈRE PULMONAIRE ET D'AORTE.

(En collaboration avec le Dr RISPAL). *Toulouse Médical*, 1904.

Ce cœur que nous avons recueilli à l'autopsie d'une jeune fille de 22 ans, atteinte de cyanose congénitale, présente en un point assez restreint les caractères suivants :

a) Tronc artériel unique faisant office d'aorte et d'artère pulmonaire et à l'origine duquel siègent trois valvules sigmoïdes.

b) Perforation unissant les deux ventricules à leur base.

L'interprétation de cette malformation cardiaque soulève un délicat problème d'embryologie :

1° Ou bien elle est due à la seule absence du septum aortique et la disposition du tronc artériel et de la perforation interventriculaire nous ferait volontiers admettre cet unique arrêt de développement ; mais alors la théorie émise par Gegenbaur au sujet du développement des valvules sigmoïdes n'est pas toujours vraie.

2° Ou bien il s'agit d'une malformation complexe, le trouble évolutif ayant atteint à la fois le septum aortique et la base du tronc artériel au niveau du point d'implantation des valvules sigmoïdes.

CYANOSE TARDIVE ET PERSISTANCE DU CONDUIT DE BOTAL

(*Toulouse Médical*, 1904).

La juxtaposition des deux lames formant la cloison interauriculaire et le canal oblique qui en résulte était connu depuis longtemps. Leur étude a été reprise depuis quelques années et précisée, soit dans leur morphologie, soit dans leur développement. On explique, en effet, par la persistance du conduit de Botal et par le mélange des deux sangs les cas de cyanose tardive. Notre observation en est un exemple. A ce sujet, nous nous sommes rendu compte sur un certain nombre de cœurs de la constitution de la fente de Botal, que nous avons constatée 6 fois sur 20.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE DE DEUX CAS DE PARAPHASIE

(*Toulouse Médical*, 1904) (sous presse).

La pathogénie de la paraphasie est l'une des questions les plus complexes qui existent. Sans aborder l'étude des divers

mémoires publiés, nous donnons dans ce travail le résumé de deux observations suivies d'autopsies.

Dans un cas, la perturbation du langage fut de courte durée; elle avait été produite par un ramollissement sous-cortical, de dimensions d'une pièce de cinquante centimes, siégeant à l'union du 1/3 antérieur et du 1/3 moyen de la première circonvolution temporale gauche.

Dans l'autre cas, la symptomatologie fut plus complexe; à la paraphasie s'ajoutèrent des troubles mentaux. Ainsi que nous l'avons démontré, dans un travail antérieur, en nous basant sur l'opinion de Pitres, Déjerine, Magnan, Garnier, etc..., il faut considérer les troubles mentaux comme consécutifs à la mutilation cérébrale. Celle-ci était représentée par un abcès du cerveau, entouré d'une vaste zone de ramollissement cortical et peu profond, occupant les 2/3 antérieurs des trois premières circonvolutions temporales et l'extrémité antérieure de la quatrième.

PARTIE ANATOMIQUE

ANATOMIE DU CÔLON TRANSVERSE

(Thèse de doctorat en médecine).

La situation du côlon transverse est si variable, ses déplacements sont si fréquents que depuis longtemps Cruveilhier avait conseillé de réunir toutes les variétés de longueur et de disposition de cet organe. C'est ce que nous avons fait.

Il est, en effet, très utile au médecin et au chirurgien de connaître les formes multiples de cette sorte d'organe protée dont la variabilité peut porter le trouble dans un examen médical ou dans un acte opératoire

Cependant si ces diverses applications médicales et chirurgicales découlent de notre étude, elles ne constituent pas l'idée principale de notre travail. Nous avons voulu surtout faire une œuvre anatomique basée sur des matériaux anatomiques représentés par cent observations d'adultes et trente-huit de nouveau-nés.

L'histoire des déplacements du côlon transverse nous a renseigné sur la façon dont les anciens anatomistes avaient interprété ces disposition diverses.

Nous avons examiné ensuite ce que l'on entend par statique intestinale, cette question constituant à son tour une sorte de revue historique de l'appareil causal. Nous avons ainsi établi à l'avance que la paroi abdominale joue un grand rôle. dans les déplacements côliques, mais aussi que l'état de vacuité ou de distension de l'intestin doit être pris en considération. L'intestin contient des gaz qui ont une force ascensionnelle, il n'est pas *indifférent* dans la cavité

abdominale et peut ne pas toujours obéir aux variations de la sangle musculo-aponévrotique; il faut donc dans une certaine mesure rendre les changements de volume responsables des déplacements de l'organe.

Enfin, sans vouloir apporter une accusation nouvelle à la longue liste des méfaits imputés de tout temps au corset, il nous a paru que la constriction thoracique avait sans aucun doute sa part dans la déséquilibration intestinale.

Moyens de fixité. — La disposition du mésocolon transverse nous ayant permis d'établir une division précise de l'organe à décrire, c'est par son étude et par celle de l'appareil ligamenteux que nous avons commencé.

Mésocôlon transverse. — Les auteurs qui se sont occupés du côlon transverse, en tant qu'organe mobile et de chute facile ; n'ont pas attribué une assez grande importance à l'étude des relations qui existent entre le mésocôlon et les différentes parties de l'organe qu'il soutient.

A ce sujet le côlon transverse peut être divisé en deux portions : l'une à droite du duodénum, l'autre à gauche. Chez l'embryon, en effet, le segment transversal du gros intestin ne tarde pas à contracter des adhérences avec le duodénum et c'est la partie dextro-duodénale qui constitue le côlon ascendant et la portion droite du côlon transverse. Leur ensemble d'abord supporté par le « mesenterium commune » se soude ensuite à la paroi postérieure, si bien qu'à la naissance le côlon transverse est formé d'un côlon droit adhérent à la paroi postérieure (le fait est constant) et d'un côlon gauche flottant (*fig. 1*).

Cette disposition se retrouve souvent chez l'adulte, environ dans la moitié des cas ; quand le méso existe à droite, il est très court; il est d'emblée très haut à gauche du duodénum. Il en résulte pour l'adulte aussi une portion droite du côlon relativement fixe, une portion gauche très mobile. L'idée de la différenciation entre les deux portions du côlon est donc basée sur un fait embryologique (le développement de cet organe), sur la disposition du méso qui le porte

et, ainsi que nous le verrons dans la suite, sur l'évolution différente des deux segments dans les déplacements.

Enfin, dans le cours de cette étude nous précisons les dimensions et les rapports du mésocôlon transverse chez le

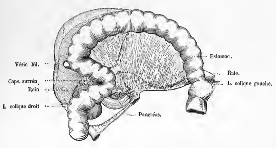


Figure 1. — Côlon transverse (type à sinuosité sous-hépatique) et mésocôlon transverse chez l'enfant.
L'estomac est vu par transparence.

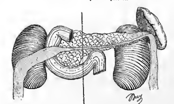


Fig. 2 — Racine (bord postérieur) du mésocôlon tranverse de l'adulte normal.

nouveau né et chez l'adulte (*fig. 2*). Les mensurations du feuillet mésocolique gauche nous ont appris que ce n'est pas toujours dans l'allongement du mésocôlon qu'il faut chercher l'explication de la coloptose. Si un mésocôlon relaché favorise la chute, il ne la commande pas. Parfois un côlon très bas placé est soutenu par un mésocôlon encore assez court, mais chez lequel l'insertion postérieure s'est déplacée

et abaissée de façon à arriver parfois jusqu'à la cinquième vertèbre lombaire.

Le ligament colique droit (ligament de l'angle). — Méconnu par certains auteurs, il est désigné par d'autres sous différents noms. Il existe chez le nouveau-né ; assez fréquent chez l'adulte et placé dans un plan frontal, il est tantôt le résultat de l'accollement du diverticule droit de la poche épiploïque (type congénital), tantôt le fait d'une coalescence tardive (type acquis) ; dans ce cas, le ligament colique droit est moins régulier dans sa forme et dans son trajet.

Par sa disposition habituelle, il donne lieu à la présence d'une fossette latéro-colique.

L'abaissement du coude droit tend à le placer dans un plan horizontal.

Il peut dans une certaine mesure (je crois la chose rare) arrêter l'action déformante du foie. C'est alors seulement qu'il mérite le qualificatif *sustentaculum hepatis*, que lui donne Trèves (*fig. 19*).

Le ligament hépato-colique. — Décrit d'une façon variable par les auteurs, il est en effet polymorphe. Il peut exister à l'état de simple repli, de large lame fibreuse ou bien être constitué de plusieurs faisceaux disposés en ligne brisée.

Rare chez le nouveau-né, on le constate une fois sur quatre chez l'adulte.

Parfois il s'unit avec les replis voisins et ce processus entraîne dans certains cas, l'occlusion de l'hiatus de Winslow. Il peut en outre former avec le ligament cystico-colique, une fossette ouverte avant, fossette péricystique qui entoure la vésicule biliaire, mais en est relativement indépendante.

Le ligament cystico-colique. — Assez fréquent et parfaitement constitué chez le nouveau-né (7 fois sur 38), où il se présente sous la forme d'une lame triangulaire souple et transparente, dont nous donnons la direction et les rapports.

On le rencontre un peu plus souvent chez l'adulte (31 sur 100), où quelquefois, sans doute sous l'influence

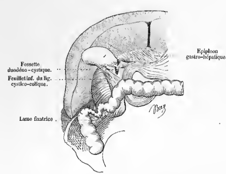


Fig 3. — Le foie a été relevé pour voir le ligament cystico-colique disposé en plusieurs lames superposées (fossettes duodéno-cystiques). Le côlon droit est sinueux.

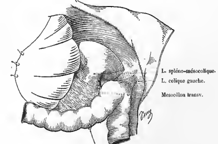


Fig 4 — Ligament colique gauche et ligament spléno-mésocolique chez le nouveau-né. (Le côlon transverse est un peu abaissé et la grande courbure de l'estomac rejetée à droite vers la ligne médiane.)

d'une inflammation chronique des parties voisines, il a perdu sa souplesse aucienne. Il deviendra ainsi une cause de diffi-

culté dans les cas d'exploration chirurgicale de la face inférieure du foie.

L'écartement de ses lames constitutives (épiploïque, duodénale, colique), détermine la production de petites fossettes duodéno cystiques (*fig. 3*).

Il peut s'unir avec les faisceaux voisins (hépato-colique : fossette péricystique, occlusion de l'hiatus de Winslow), s'étaler sur le ligament duodéno-colique, fixer une sinuosité sous-pylorique, arriver même à prendre insertion sur la paroi abdominale.

Il peut en outre être excessivement allongé par la chute du côlon.

Chez les lithiasiques, il jouera un rôle de défense péritonéale.

Le ligament duodéno-colique. — C'est un repli fibreux souple (fascia d'acollement) qui, du bord inférieur de la première portion du duodénum, s'étend au bord supérieur du côlon transverse sous-jacent et détermine la production d'une fossette duodéno-colique avec la lame épiploïque qu'il recouvre et sur laquelle il peut s'insérer. A notre connaissance cette disposition n'a jamais éte décrite (*fig. 13*).

Ce ligament est allongé dans les cas de ptose accentuée et l'orifice de la fossette est agrandi. L'un et l'autre sont cachés par le mésocôlon transverse dans les déplacements en haut.

Nous l'avons observé 11 fois sur 100 adultes, 1 fois sur 37 nouveau-nés.

Il ne faut pas le confondre avec le ligament pylori-colique de Glénard, qui n'existe pas en tant que ligament indépendant.

La lame fixatrice des coudes. — Absente chez le nouveau-né; elle se constitue chez l'adulte plus rarement à gauche qu'à droite, où elle joue un certain rôle dans les déplacements en gênant l'ouverture du coude et aussi en rapprochant le côlon transverse du côlon ascendant. Dans les cas de déséquilibration extrême, elle peut persister et fixer le coude dans sa forme.

Elle détermine avec le péritoine pariétal, une cavité de largeur variable dont le fond est au coude hépatique.

Le ligament colique gauche. — Connu des auteurs du du dix-huitième siècle (Garangeot, Winslow), c'est surtout Bochdaleck (1867) et Toldt, qui ont démontré qu'il fallait le considérer comme résultant de l'oblitération du diverticule latéral gauche de la poche épiploïque.

Son absence est très rare, mais elle peut avoir lieu; le coude existe pourtant et n'est pas abaissé. Aussi faut-il, au point de vue de la forme angulaire. faire encore ici la part de la coalescence du « mésenterium commune ». Le côlon descendant est, en outre, immobilisé par ce processus et il continue à fixer le coude.

Sa forme est celle d'un triangle, dont le sommet est situé en bas et en arrière et dont la base est dirigée en haut et en avant; les deux côtés correspondent, l'un à la paroi, l'autre au côlon. Il est donc dans un plan frontal oblique (*fig. 4*).

Chez le nouveau-né, plus souvent chez l'adulte, on observe une disposition en plan horizontal expliquée, quelquefois seulement, par l'action d'une rate déplacée. Sur la face inférieure de cette lame horizontale, s'étale en éventail le mésocôlon descendant

La forme en croissant de Ducatte nous paraît être le fait de la traction artificielle du côlon en has et à droite.

Ainsi que l'a remarqué Adenot, il peut s'étendre assez loin sur le côlon transverse; mais, dans ce cas, nous n'avons pas trouvé, à la dissection, la forme en éventail fibreux décrite par cet auteur. Nous pensons, néanmoins, que le repli peut jouer un certain rôle dans le maintien de la perméabilité du coude gauche. Par ces ramifications étendues, le ligament colique gauche peut fixer une sinuosité sous-splénique.

Le ligament spléno-mésocolique. – Petit repli péritonéal qui unit la face interne de la rate à la partie supérieure du mésocôlon transverse et s'étend quelquefois, par son insertion inférieure de l'extrémité supérieur du rein gauche au côlon (spléno-réno-méso-colique) (*fig. 4*).

Cette disposition, très nette sur le nouveau-né, ne peut être constatée que rarement chez l'adulte, où la coalescence et quelquefois la périsplénite compliquent l'ensemble ligamenteux qui entoure la rate.

Le ligament gastro-colique. — N'apparaît que vers la neuvième ou dixième année; il est le résultat de la coalescence péritonéale, qui commence au fond du grand épiploon et arrive à souder la face supérieure du mésocôlon transverse avec la partie supérieure du grand épiploon. L'arrière-cavité est diminuée d'étendue; d'où nécessité d'inciser très haut et très près de l'estomac, quand on veut pénétrer dans la poche méso-gastrique. D'ailleurs, la limite supérieure de la soudure est variable; elle dépasse toujours le côlon transverse. La coalescence est irrégulière vers la partie gauche, où elle semble se faire par travées.

Toutefois, une petite bande sous-gastrique du ligament en question peut être constituée seulement par la lame réfléchie du grand épiploon.

Le côlon est souvent sinueux aux extrémités même du ligament, au niveau des points où celui-ci paraît le plus fort. C'est dire combien son influence est minime dans la fixation colique.

En somme, le côlon est aussi bien fixé à droite qu'à gauche.

Par eux-mêmes, les ligaments jouent un rôle relatif dans la fixation des coudes, qu'il faut en partie attribuer à l'action des côlons ascendant et descendant, presque toujours adhérents à la paroi postérieure.

C'est le foie qui intervient pour produire la ptose fréquente du coude droit.

Situation et rapports.

Une revue critique des travaux récents nous a ensuite conduit à donner le résultat de nos recherches sur la situation et les rapports du côlon transverse du nouveau-né et de l'adulte :

Nouveau-nés. — La disposition du côlon y est caractéristique.

Le coude droit, dont l'angle varie entre 100° et 110°, est situé au niveau d'une région délimitée en haut par le bord droit postérieur du foie, en dedans, par la moitié inférieure du bord externe du rein, en bas par la crête iliaque postérieure. Il est relativement bas ; après la naissance, il se produit une sorte d'ascension apparente du coude hépatique.

La portion droite, toujours fixée, croise en sens plus ou moins oblique en haut et à gauche la face antérieure du rein jusqu'au-dessous du pylore où commence la portion gauche.

La longueur variable et la mobilité excessive de celle-ci donnent lieu à quatre modalités différentes du côlon gauche :

1. Côlon à sinuosité sous hépatique (moitié des cas) (*fig. 1*).
2. Côlon à sinuosité sous-pylorique ;
3. Côlon à sinuosité sous-splénique ;
4. Côlon non sinueux.

Dans la traversée épigastrique, il est plus ou moins haut mais toujours sus-ombilical.

Le coude gauche est situé au niveau de l'extrémité antérieure de la onzième côte. C'est une position basse expliquée par le volume considérable du foie. Il est pourtant un peu plus haut que le coude droit, la différence pouvant être nulle ou arriver à 2 cent. 5.

Adultes. — Il existe un type normal, qui nous a paru dépendre surtout de la conformation normale du thorax, de la bonne qualité de la paroi abdominale et de « l'état gazeux » de l'intestin.

Les deux segments déjà signalés, y sont retrouvés et toujours avec les mêmes caractères de fixité relative à droite, de mobilité à gauche.

Nous avons donné, d'une façon complète, les rapports de chacun d'eux et des coudes correspondants, et d'autre part, signalé que le côlon gauche peut être physiologiquement

déplacé sous forme de sinuosité sous-pylorique, sous-splénique et prégastro-splénique. A l'épigastre, chez la femme grosse à terme, il est légèrement rapproché de l'angle xiphoïdien.

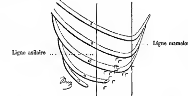


Fig. 5. — Situation du coude droit chez l'adulte normal.

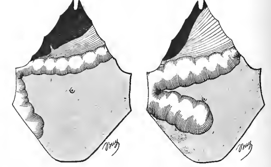


Fig. 6. — Côlon transverse à trajet et à calibre normaux (Observ. IV.)
Le pointillé indique la place occupée par l'intestin grêle.

Fig. 7. — Côlon transverse à trajet normal ; type dilaté (Obs. VII).

Côlons déplacés.

Riolan, Sylvius, Morgagni..... etc., connaissaient les déplacements du côlon. Nous les avons fréquemment constatés, environ trois fois sur quatre, et les avons divisés en déplacements en bas et déplacements en haut. Pour ne pas

mériter le reproche de Malgaigne, accusant les anatomistes d'apporter toujours « des faits nus », nous avons

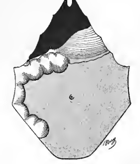


Fig. 8. — Côlon transverse à trajet normal; sténosé dans sa moitié gauche (Observ. I).

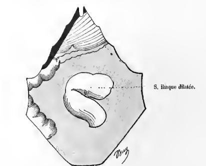


Fig. 9 — Côlon transverse normal (trajet très oblique); sténose de presque tout le côlon gauche en partie rétro-gastrique (Obs. XVII).

toujours essayé de mettre la conséquence à côté de la cause, d'expliquer le type décrit par les différents facteurs qui l'avaient déterminé.

DÉPLACEMENTS EN BAS

Il faut ici faire une nouvelle distinction suivant qu'il s'agit du côlon gauche ou du côlon droit.

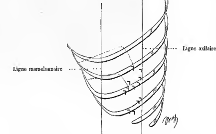


Fig. 10 — Situation du coude gauche chez l'adulte normal.
Les lignes pointillées indiquent le trajet de deux côlons à faux angle conique.

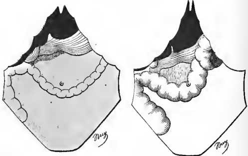


Fig 11. — Côlon gauche déplacé en bas. Forme en arc paraombilical (corde colique de Glenard).

Fig. 12. — Côlon gauche déplacé en bas. Forme en arc paraombilical type enroulé. — Observ. XXV).

Côlon gauche. — Il peut présenter une forme en arc paraombilicale (*fig. 11 et 12*), sous-ombilicale (*fig. 13*) ou

pubienne (*fig. 14*), une forme en U ou en V *fig. 15*), une forme transversale sinueuse et ressembler alors à une *S*



Fig. 13. — Côlon gauche déplacé au bas. Forme en arc sous-ombilical, compliquée de sténose. (Ligament duodéno-colique et fossette qu'il détermine.)

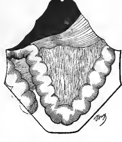


Fig. 14. — Côlon gauche déplacé en bas. Forme en arc pubien.

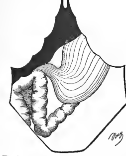


Fig. 15. — Côlon gauche déplacé en bas. Forme en V.

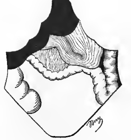


Fig. 16. — Côlon gauche déplacé en bas. Forme sinueuse en *S* italique.

italique (*fig. 16*), à un W (*fig. 17*) ou à un accordéon (*fig. 18*).

Ces déplacements sont la conséquence surtout d'une paroi

abdominale distendue et affaiblie, laissant glisser le côlon sous le poids des matières fécales. La sténose intestinale,

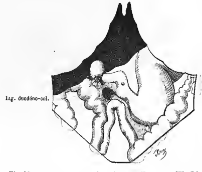


Fig. 17. — Côlon gauche déplacé en bas. Forme en W. (Ligament duodéno-conique fixant une sinuosité sous-pylorique; fossette duodéno-colique) (Obs. LXI.)

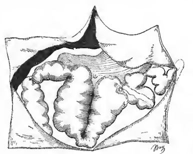


Fig. 18. — Côlon gauche en accordéon Côlon droit sineux (faux angle colique à droite). Sténose irrégulière sur tout le trajet du côlon transverse. (Obs. LXIV.)

la constriction thoracique, l'allongement du côlon sont aussi des facteurs importants. Les deux derniers pourtant peuvent être retrouvés dans les déplacements en haut. Aussi

pensons-nous qu'ils sont sans influence sur le sens du déplacement, qui dépend de l'état gazeux de l'intestin, mais surtout de la qualité de la paroi abdominale.

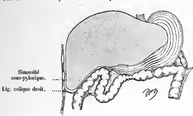


Fig. 19. — Côlon droit déplacé par abaissement du coude. (Obs. LXVIII.)

Le relâchement ligamenteux est plutôt le résultat que la cause de l'abaissement du côlon.

Côlon droit. — Sa chute est fréquemment le fait de la poussée hépatique, qui, à son tour, a pour agent causal la constriction thoracique.

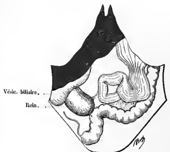


Fig. 20. — Côlon à deplacement complexe.

Le côlon droit abaissé peut rester rectiligne; son obliquité en haut et à gauche est alors accentuée (*fig. 19*). Il peut, par un processus particulier, devenir sinueux.

Dans quelques rares cas les inflexions sont le fait de son allongement.

Il subit parfois l'action du côlon gauche déplacé et celle

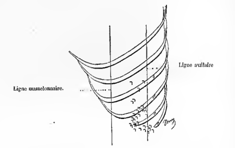


Fig. 21. — Situation du coude splénique dans les cas de côlons gauches déplacés en bas.

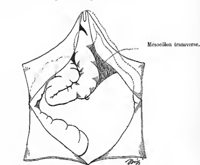


Fig. 22. — Côlon gauche déplacé en haut. Forme sinueuse.

du prolapsus duodénal ; il se dévie encore sous l'influence de brides fibreuses (fascias d'accollement).

Enfin la ptose accentuée du côlon droit donne lieu à une classification spéciale : les déplacements complexes (fig. 20). Alors, aux facteurs que nous venons de signaler, s'ajoute

sans doute un état particulier de débilité ligamenteuse et musculaire, une sorte de déchéance héritée ou acquise des tissus.

Coudes droit et gauche dans les côlons déplacés : Le coude droit présente une situation très variable ; il peut

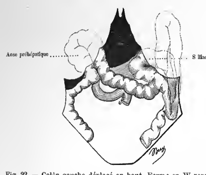


Fig. 23. — Colòn gauche déplacé en haut Forme en W renversé ; anses préhépatique et prégastrique. (Cette dernière est recouverte en partie par l'S iliaque remontée.)

occuper tous les points de la fosse lombaire et, dans certains cas (déplacements complexes), atteindre la fosse iliaque.

La figure 21 nous donne la topographie du coude gauche sur un grand nombre de côlons ptosés. Par comparaison avec la situation de ce coude sur le côlon normal, il est permis de conclure que, sous l'influence de la ptose colique, le coude gauche est abaissé d'un ou deux espaces intercostaux.

Déplacements en haut.

Ils ont pour cause la plupart des facteurs précédemment décrits (allongement, constriction), intervenant sur des sujets à gros intestin le plus souvent dilaté par des gaz, mais surtout porteurs d'une sangle musculo-aponévrotique normale.

Côlon droit. — Tout ce qui a été dit à son sujet est encore vrai avec quelques légères modifications ; elles sont dues surtout à l'existence d'un côlon gauche haut placé.

Côlon gauche. — La disposition de ce dernier a quelque analogie avec cello des déplacements en bas. Nous trouvons, en effet, la forme convexe en haut, la forme en *U*

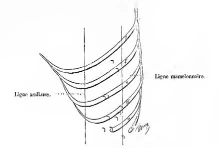


Fig. 24. — Situation du coude splénique dans les cas de côlons gauches déplacés en haut

renversé, la forme sinueuse (fig. 22), ou le côlon prend quelquefois l'aspect d'un *W* renversé (fig. 23). Ce dernier trajet se complique souvent du type sus ou préhépatique du côlon.

Coude gauche : La figure 24 montre que la situation haute du côlon n'a aucune influence sur la position du coude splénique.

De cette étude, il résulte que l'on aura quelque raison de penser, chez un individu à thorax déformé, à une situation basse du côlon quand la paroi abdominale est affaiblie à une situation haute quand l'action pariétale persiste. Mais l'allongement du côlon, sa sténose ou sa distension, sont de « diagnostic » difficile et viennent souvent compliquer le rôle des facteurs précédents. Aussi la varia-

bilité excessive du siège du côlon transverse doit commander une prudente réserve dans tout acte clinique ou opératoire pratiqué au niveau de la région abdominale.

Forme et calibre.

La configuration du côlon est connue ; son calibre surtout mérite d'être étudié. A l'état de dilatation moyenne, son diamètre mesure 4. c. 4 et varie entre 5 et 3 c. 5. Il peut atteindre 7 centimètres ou descendre à 2 c. 5 et à 2 centimètres. Il est alors sténosé. Cette diminution de calibre est fréquente et irrégulière. Dans certains cas, elle nous a paru être le fait de la constriction thoracique. Son siège était alors, la plupart du temps, sous le rebord costal gauche, d'autres fois à la région épigastrique Dans le premier cas, il faut voir l'effet direct de la compression ; dans le deuxième, le résultat du plissement colique.

Les autres observations de sténose colique sont sans doute la conséquence d'un spasme encore inexpliqué (sténose vraie) ou simplement une compression par des organes voisins dilatés (fausse sténose).

Il existe sussi des cas de dilatation permanente du côlon transverse. Leur pathogénie est encore indécise et il y a lieu d'hésiter entre le fait d'une perturbation fonctionnelle du foie, d'une sécrétion exagérée des gaz intestinaux, d'une atonie par constipation habituelle, ou encore de fermentations gazeuses par suite de diarrhée continue.

Chez le nouveau-né, le diamètre moyen est de 1 c 6 à 2 centimètres.

Longueur.

La longueur moyenne établie, d'après les côlons normaux et normalement dilatés, mesure 46 c. 5.

Elle nous a paru indépendante du sexe et de l'âge; tout au moins ce dernier facteur ne doit entrer que pour une part relative dans l'allongement du côlon transverse, en favorisant l'action prolongée des diverses causes (alimentation, états morbides, constriction, etc.).

Les mensurations des côlons déplacés nous ont donné des chiffres variant entre 89 et 40 centimètres.

Le rapport entre la longueur du côlon et la distance bi-hypocondriaque est représentée par la formule suivante :

Adultes : $\frac{L}{D}$ = environ 1 1/2.

Nouveaux-nés : $\frac{l}{d}$ = 2,2

Il en résulte que le côlon transverse du nouveau-né sera forcément sinueux.

Le rapport entre la longueur du côlon et la taille est indiqué par la formule :

Adultes : $\frac{L}{T}$ = environ 1/4 (chiffre faible) = 0,27.

Nouveau-nés : $\frac{l}{t}$ = environ 1/2 (chiffre fort = 0.48.

Ces derniers peuvent de par leur longueur être divisés en courts, moyens, longs.

Capacité.

La capacité des côlons normaux oscille entre 1,120 c. c. et 520 c c La moyenne est de 870 c. c.

Les chiffres extrêmes dans les côlons déplacés sont : 2,200 c. c. et 470 c. c.

Chez le nouveau né, la moyenne des résultats obtenus est de 49 c. c. et varie entre 65 et 40 c. c.

En chiffres absolus, le rapport entre la capacité et la taille est :

Nouveau-nés : $\frac{c}{t}$ = 1.

A 3 mois : $\frac{c}{t}$ = 3,3.

A 1 an : $\frac{c}{t}$ = 5,3

Adultes : $\frac{C}{T}$ = à peine 5.

Il semblerait, toutes variations mises à part, que ce rapport va croissant jusqu'à un an et dès lors reste stationnaire ou même décroit.

Vaisseaux.

Au niveau du côlon transverse se rencontrent et s'unissent les territoires vasculaires de la mésentérique supérieure et inférieure.

L'artère proprement dite du côlon transverse naît de la

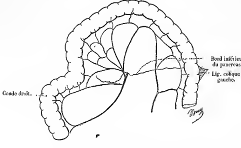


Fig. 25. — Artères du côlon transverse.

mésentérique supérieure au-devant de la 3e portion du duodénum. Des cas de gangrène du côlon transverse, observés à la suite d'opérations faites sur le pancréas, ont appelé l'attention des auteurs sur les rapports de son origine avec le bord inférieur du pancréas Nous l'avons étudiée à ce point de vue et n'avons jamais noté de situation rétro pancréatique.

La division de l'artère se fait d'une façon précoce et ses branches sont nombreuses *(fig. 25)*.

L'anastomose de sa branche gauche avec la colique gauche supérieure est désignée souvent sous le nom d'anastomose de Riolan. C'est une inexactitude historique, la découverte de cette disposition appartenant à Eustache.

Malgré cette union à plein canal, le sang, dans les cas d'oblitération de la mésentérique supérieure, n'arrive pas

assez rapidement dans le territoire ischémié pour éviter la nécrobiose, ainsi qu'il résulte d'un très grand nombre d'observations anciennes et récentes.

AU SUJET DU LIGAMENT CYSTICO-COLIQUE

(*Bibliographie anatomique*, 1903, p. 65)

Nouvelle étude du ligament cystico-colique, basée sur l'examen de dix nouveau-nés et publiée en réponse à l'article du professeur Tripier qui regarde ce feuillet comme un produit pathologique, en réponse aussi à la note d'Ancel qui décrit ce ligament comme un dérivé embryologique du grand épiploon.

Je pense que la plupart du temps le ligament cystico-colique est normal; je l'ai observé dans le quart des cas chez les nouveau-nés.

D'autre part, il me paraît qu'il doit être plutôt le fait de la coalescence. J'ai remarqué que, chez les nouveau-nés, le grand épiploon s'arrêtait à une distance assez marquée de l'insertion du cystico-colique sur le côlon transverse et d'autre part que son développement excessif coïncidait avec des oblitérations partielles ou complètes de l'hiatus de Winslow et celles-ci sont désignées, par Brœsike et Prenant, comme le résultat de la coalescence des ligaments qui délimitent le vestibule de l'hiatus.

LES SILLONS DIAPHRAGMATIQUES DU FOIE

(Communication à la réunion de l'Association des anatomistes, Toulouse, 1904)

LES SILLONS DIAPHRAGMATIQUES DU FOIE

(*Bibliographie anatomique*, 1904 sous presse)

Dans ce travail, nous avons étudié les divers caractères des sillons diaphragmatique du foie et essayé d'élucider la

cause et le mécanisme de leur production en nous fondant sur l'analyse de 52 observations recueillies dans le laboratoire d'anatomie de Toulouse.

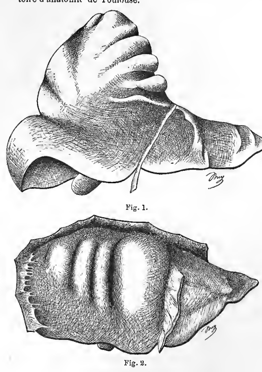


Fig. 1.

Fig. 2.

Fréquence. — Il est assez fréquent d'observer ces sillons, surtout chez les femmes, et si nous n'avons cité que 52 cas, c'est que nous avons choisi des observations complètes, où le diaphragme en particulier ait été conservé.

Nombre. — Les sillons sont généralement multiples ; ce sont les sillons doubles ou triples qui dominent, tantôt écar-

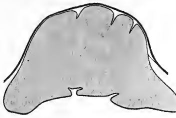


Fig. 3. — Coupe frontale. (Obs. V).

tés, tantôt rapprochés et, énucléant une saillie arrondie placée entre eux et plus ou moins marquée.

Situation. — Dans la généralité des cas, les sillons occupent le lobe droit et sont placés sur la face supérieure. Ils restent toujours à une certaine distance du bord antéro-in-



Fig 4 — Coupe frontale. (Obs.).

férieur, mais, et le fait n'est pas rare, ils peuvent apparaître à la face postérieure, et quelques fois même siéger sous le centre phrénique.

Nous avons observé quelques exemples de sillons sur le lobe gauche qui est alors habituellement allongé dans le sens transversal.

Direction. — Leur direction est longitudinale et antéro-postérieure, parfois curviligne. Les sillons multiples sont

souvent parallèles. Cependant ce parallélisme n'est pas absolu ; ils peuvent être obliques et divergents, en guillemets, ou encore être bifurqués en forme d'Y.

Leur direction diffère souvent de celle des fibres diaphragmatiques.

Forme. — Simple dépression longitudinale, sillon net à bords évasés, sillon profond à lèvres rapprochées et au contact : telles sont les diverses formes constatées.

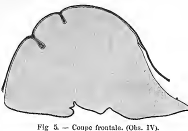


Fig 5. — Coupe frontale. (Obs. IV).

Dimensions. — La longueur est d'environ 5 à 6 centimètres et varie entre 3 à 9 centimètres.

La largeur dépend de la forme.

La profondeur est en moyenne de 1 centimètre ; elle peut atteindre 23 millimètres ; elle s'accroit avec l âge.

Etat du diaphragme au niveau des sillons. — Il passe comme un pont (*fig. 3*), est seulement épaissi et prend une disposition fasciculée (*fig. 4*) ou encore s'enfonce plus ou moins profondément dans les sillons (*fig. 5*).

Dans les parties intermédiaires aux sillons et correspondantes aux dômes hépatiques le diaphragme est mince, transparent et parfois les fibres musculaires font défaut. Il s'agit sans doute d'une sorte d'adaptation fonctionnelle et peut-être aussi d'atrophie par compression.

Etat du foie au niveau des sillons. — Le péritoine hépatique est normal ou légèrement plissé.

Nature et pathogénie. — Les sillons ont été attribués :

1° A la constriction thoracique par les vêtements (Morgagni, Cruveilhier, Frérichs, Hayem, Cornil, Charpy).

2° A la dyspnée (Libermeister, Zahn).

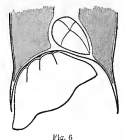


Fig. 6
Constriction haute (sus-hépatique) type féminin.

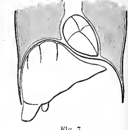


Fig 7.
Constriction haute (hépatique) type féminin.

3° A une disposition congénitale (Orth).

4° A un état tératologique du diaphragme (Tigri, Mattei).

C'est à la théorie constrictive que nous nous rallions. Ce

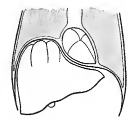


Fig. 8.
Constriction basse (type masculin).

mode de formation est en effet démontré par la coexistence des signes habituels de la compression sur le thorax, le foie et les viscères abdominaux. Le sillonnement hépatique est donc un des caractères du foie de constriction.

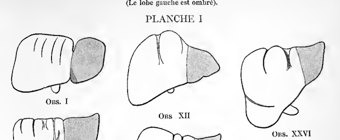
La constriction est souvent haute (sus-hépathique ou hépathique) chez les femmes (*fig. 6 et 7*). C'est le corset qui est le corps du délit et il s'agit alors d'un froncement du foie dans le sens transversal. Le plissement du diaphragme est contemporain ou consécutif.

La constriction, presque toujours sous-hépatique chez les hommes, est sans doute sous l'influence des ceintures trop serrées de la classe ouvrière. Dans ces cas (*fig. 8*) le foie est refoulé en haut ; la face supérieure se plisse parce que l'organe hépatique est poussé vers un espace plus étroit et encore parce qu'il est maintenu dans cette situation au moment des périodes digestives, périodes de congestion hépatique.

FOIES ET SILLONS DIAPHRAGMATIQUES

(Le lobe gauche est ombré).

PLANCHE I

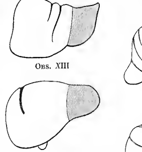


Obs. I

Obs. XII

Obs. XXVI

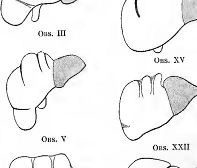


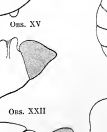


Obs. II

Obs. XIII

Obs. XXVII



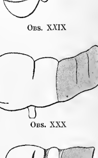


Obs. III

Obs. XV

Obs. V

Obs. XXII

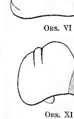


Obs. XXIX

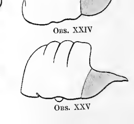
Obs. VI

Obs. XXIV

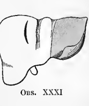
Obs. XXX



Obs. XI



Obs. XXV



Obs. XXXI

PLANCHE II

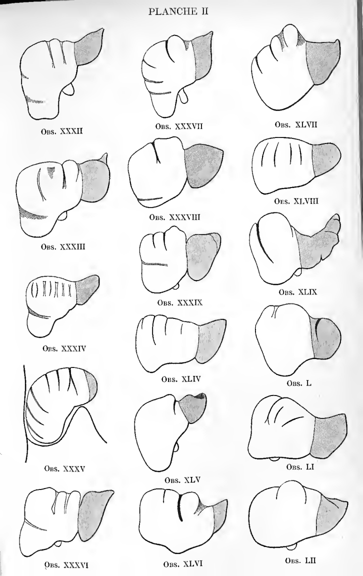

Obs. XXXII
Obs. XXXVII
Obs. XLVII
Obs. XXXIII
Obs. XXXVIII
Obs. XLVIII
Obs. XXXIX
Obs. XLIX
Obs. XXXIV
Obs. XLIV
Obs. L
Obs. XXXV
Obs. XLV
Obs. LI
Obs. XXXVI
Obs. XLVI
Obs. LII

TABLE DES MATIÈRES

Partie clinique 5
Un cas de pied tabétique 5
Un cas de gangrène symétrique des orteils 5
Un cas de monoplégie parkinsonienne 5
Un cas de maladie de Parkinson 6
Un cas de chorée rythmée hystérique 6
Sur un cas d'arthrite purulente blennorrhagique 6
Sur un cas de paraphasie complexe 7
Sur un cas de chondrome des doigts 7
Sarcome secondaire du foie 7
Psychose et polynévrite arsenicales 8
Sur un cas d'atrophie musculaire progressive 8
Un cas de maladie de Recklinghausen 8
Guérison spontanée d'une fistule hépato-bronchique consécutive à un abcès du foie 9

Partie anatomo-clinique 10

Deux cas de chondromes des os 10
Sur un cas de tumeur du rein 10
Un cas de cancer du côlon transverse avec anastomose spontanée iléo-colique 11
Cancer de l'œsophage avec perforation trachéo-œsophagienne 11
Un cas d'épithélioma développé sur un ancien foyer d'ostéomyélite 11
Sur un cas de cancer du côlon transverse 12
Tuberculome cœcal 12
Malformation cardiaque : perforation interventriculaire et existence d'un tronc artériel unique tenant lieu d'artère pulmonaire et d'aorte 12

Cyanose tardive et persistance du conduit de Botal........... 13
Etude anatomo-clinique de deux cas de paraphasie.......... 13

Partie anatomique............................ 15

Anatomie du côlon transverse............................ 15
Au sujet du ligament cystico-colique......... 36
Les sillons diaphragmatiques du foie...................... 36
Les sillons diaphragmatiques du foie (sous presse)........... 36

Toulouse. — Imprimerie Lagarde et Sebille, rue Romiguières, 2.